

## **МИКРОФЛОРА И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ**

/ Минск /

Наше исследование включает опыты на собаках (77) и клинические наблюдения за лечением больных (более 500) гнойным перитонитом в течение последних 15 лет.

Модель экспериментального перитонита вызывали перевязкой червеобразного отростка. Через 2-е суток развивался гнойный перитонит, приводящий к летальному исходу, если не применялось эффективное лечение. У наблюдаемых больных перитонит был вызван острым аппендицитом, прободением язвы желудка или 12-перстной кишки, острым холециститом, кишечной непроходимостью, закрытой травмой живота, острым панкреатитом и гинекологическими заболеваниями. Почти у половины больных перитонит был общим, у остальных - разлитым.

У экспериментальных животных и наблюдаемых больных характер микрофлоры и ее чувствительность к антибиотикам были примерно одинаковыми. Аэробы в сочетании с анаэробами выявлены в 70-85% случаев, только анаэробы - 5% и только аэробы - в 10-25%. Аэробная микрофлора была представлена кишечной палочкой, клебсиеллой, протеем и кокками. Группу анаэробов представляли бактероиды и фузобактерии.

Частота обнаружения различных форм микроорганизмов колебалась в широких пределах в зависимости от причины, вызвавшей перитонит. Кишечная палочка обнаружена в 11-100% случаев. Она была всегда в экссудате при перитоните, вызванном илеусом или травмой живота. Анаэробы выявлены у 25-100%, стафилококк - в 14-44% и другие виды - в 14-33%. При гнойном перитоните микрофлора всегда была полиморфной, причем этот полиморфизм в значительной степени зависел от причин перитонита. Если при кишечной непроходимости и травме живота во всех случаях преобладали кишечная палочка и анаэробы, то при генитальном перитоните в экссудате преобладали анаэробы и стафилококк. Полиморфизм и различное сочетание микрофлоры создают большие трудности для выбора антибактериальных препаратов.

Последнее еще в большей степени усложняется различной чувствительностью микрофлоры к антибиотикам. Кишечная палочка оказалась наиболее чувствительной к аминогликозидам (левомицетину и цефалоспорином), анаэробы были чувствительны к метронидазолу, цефалоспорином и левомицетину. Стафилококк обладал наибольшей чувствительностью к тетрациклину, аминогликозидам, цефалоспорином и левомицетину. Другие виды аэробов были чувствительны в большей степени к цефалоспорином и левомицетину. Если учесть полиморфизм флоры при перитоните и ее различную чувствительность к антибиотикам, то становится очевидной та трудная дилемма, которую приходится решать при назначении антибактериальной терапии.

На основании полученных данных была разработана схема антибактериальной терапии гнойного перитонита, в которую вошли левомицетин, метронидазол и аминогликозиды (см, наши предыдущие работы). Применение этой схемы антибактериальной терапии перитонита позволило сразу снизить летальность в 4 раза при условии применения прежних компонентов комплексного лечения. Дальнейшее совершенствование антибактериальной терапии дало снижение летальности в 6-7 раз по сравнению с бессистемным применением антибиотика. В 90-е годы, когда создались трудности в получении необходимых антибиотиков, летальность снова увеличилась в 2 раза.

Дальнейшие исследования (Ю.М.Гаин) показали, что за последние 10 лет микрофлора при перитоните осталась по-прежнему полиморфной, ее сочетание в каждом конкретном случае самое разнообразное. При прежнем характере микрофлоры изменялась ее чувствительность к антибиотикам. Заметно снизилась чувствительность кишечной палочки к канамицину и гентамицину, анаэробы стали менее чувствительными к метронидазолу (метраджилу). Цефалоспорины стали оказывать не столь сильное действие на многие виды микроорганизмов. Все это отражается на исходах лечения гнойного перитонита. Полученные данные требуют нового целенаправленного изучения схемы антибактериальной терапии перитонита с тем, чтобы с учетом изменившейся чувствительности микрофлоры к антибиотикам и наличия антибактериальных препаратов определить наиболее приемлемую схему лечения и получить положительный результат в лечении перитонита. Без этого, несмотря на наши старания, летальность от перитонита будет расти и может стать угрожающей.